Current Issue Review 91-9E

EUTHANASIA AND CESSATION OF TREATMENT

Margaret Smith
Susan Alter
Law and Government Division

Sandra Harder
Political and Social Affairs Division

6 February 1992
Revised 19 May 1992

Library of Parliament
Bibliothèque du Parlement

Research Branch

The Research Branch of the Library of Parliament works exclusively for Parliament, conducting research and providing information for Committees and Members of the Senate and the House of Commons. This service is extended without partisan bias in such forms as Reports, Background Papers and Issue Reviews. Research Officers in the Branch are also available for personal consultation in their respective fields of expertise.

©Minister of Supply and Services Canada 1992
Available in Canada through
your local bookseller
or by mail from
Canada Communication Group -- Publishing
Ottawa, Canada K1A OS9

Catalogue No. YM32-1/91-9E
ISBN 0-660-14569-3

N.B. Any substantive changes in this publication which have been made since the preceding issue are indicated in **bold print.**

CE DOCUMENT EST AUSSI PUBLIÉ EN FRANÇAIS

CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

EUTHANASIA AND CESSATION OF TREATMENT

ISSUE DEFINITION

Because of advances in medical treatment, people are now able to live longer and to delay death. But the ability to live longer often entails a diminished quality of life for those who suffer from degenerative or incurable diseases. The desire to be spared from prolonged suffering, the increased incidence of incurable diseases such as AIDS and Alzheimer's Disease, and a better understanding of how medical technology can prolong life and affect the dying process, among other things, have fuelled the desire to achieve greater control over decisions relating to life and death. These factors have also fostered a renewed interest in euthanasia and cessation of medical treatment.

This paper will examine the social and legal issues associated with these subjects, especially in the context of the law of Canada, the United States and the Netherlands.

BACKGROUND AND ANALYSIS

Euthanasia has been defined as a merciful act or the practice of putting painlessly to death persons who are suffering from incurable or malignant diseases. There are different categories of euthanasia -- "active," "passive," "voluntary" and "involuntary." Involuntary euthanasia takes place when an individual withholds or withdraws life-sustaining treatment from, or terminates the life of an ill person or an incompetent person, or a person who is competent but has not consented to the euthanasia. Voluntary euthanasia takes place when a person authorizes the termination of his or her life-sustaining treatment or the ending of his or her life. The difference between involuntary and voluntary euthanasia turns on the question of whether or not there has been consent.

93-00856/

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHEQUE DU PARLEMENT

Active euthanasia is distinguished from passive euthanasia by the manner in which the perpetrator acts. Active euthanasia involves the administration of a treatment or the performance of an act that induces the death of an ill person; passive euthanasia is characterized by the withholding or withdrawal of treatment or nourishment.

Both involuntary and voluntary euthanasia may be active or passive.

A. Historical Background

Despite the fact that euthanasia has gained considerable media attention of late, neither the practice nor the controversy it engenders are new. While we now stress the conceptual distinctions between euthanasia, suicide and cessation of treatment, in early times euthanasia was generally equated with suicide. The tolerance for suicide that developed during the classical period to some extent reflected a disdain for weakness, illness and the inability to contribute to society past a certain age. At the same time, however, it also reflected a concern for a "worthy and good life," something that was elusive in the presence of extensive physical decline. In classical times, the Greeks and the Romans succeeded in moving suicide out of a dark and mysterious realm into the field of public discourse and debate.

An intolerance for suicide began to take hold in the second and third centuries and gained increasing momentum under the influence of Christianity. Whereas in the classical period suicide was criticized only if it was irrational or without cause, Christianity saw this act as a direct defiance of or interference with God's will; thus suicide resulted in the denial of a Christian burial and tended to bring great shame upon family members. St. Augustine himself declared that "life and its sufferings are divinely ordained by God and must be borne accordingly." In the thirteenth century, the teachings of St. Thomas Aquinas epitomized the intolerance for suicide. According to him, suicide violated the biblical commandment against killing and was ultimately the most dangerous of sins because it precluded an opportunity for repentance.

RECYCLED/RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

The impact of the scientific and medical discoveries of the sixteenth, seventeenth and eighteenth centuries changed the nature of the debate on suicide. The increasing ability of physicians to treat bodily ailments and extend life, caused the state to have a more direct interest in questions of life and death in the medical context. Strict adherence to religious principles and teachings was complicated by the advances of science and medicine. Issues such as medically-assisted death and cessation of treatment, which characterize much of the contemporary debate, have their roots in this period. By the beginning of the nineteenth century, the medical profession was engaging in a fair amount of discussion on euthanasia, in which philosophers and theologians joined. Much of the discourse focused on the issue of "quality of life" and on the right to determine when this quality had deteriorated to the point where it was acceptable to cease living.

In recent memory, the question of quality of life and cessation of treatment was perhaps best exemplified for the public in the United States case of Karen Ann Quinlan, a 21-year old who had suffered permanent brain damage after an episode involving the consumption of alcohol and drugs. Ms. Quinlan's parents signed a release form to allow physicians to cease use of a respirator in the treatment of their daughter. When the hospital refused to follow the directive, her parents requested the courts to reverse the hospital's decision. In 1976, following a ruling by the New Jersey Supreme Court, the respirator was removed. Ms. Quinlan died in 1985 in a nursing home where she had remained in a coma, fed through tubes, for some ten years. In the opinion of experts in the field, this case had a profound effect upon public opinion and legislative developments. Prior to 1975, only five states in the U.S.A. had right-to-die legislation. By 1977, 55 bills had been introduced in 38 states and in eight state laws were enacted.

B. Policy Considerations

In euthanasia and cessation of treatment, the link between law, morality and social policy is not clear-cut. This creates especially difficult problems for those with the responsibility to develop and apply

RECYCLED RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

concrete policies. A range of social conditions ought to inform current thinking about health and social policy and euthanasia or cessation of treatment.

1. Chronic and Incurable Diseases

The advance of chronic conditions such as Alzheimer's Disease and incurable diseases such as AIDS and cancer often means that afflicted people can see their probable future before they become incapacitated. This may prompt them to lobby for more direct input into their medical care; in some cases they will seek assistance to die. Indeed, The Canadian AIDS Society in its brief to Legislative Committee H on Bill C-203 [Amendments to the Criminal Code, (Terminally Ill Persons)] expressed the hope that "death may come to be seen not as a failure on the part of active medical care, but rather as an expression of the qualities of dignity, compassion and respect for the right of individuals to choose."

2. Medical Technology

The extent to which medical technology can prolong life, quite independent of considerations about the quality of that life, has become common knowledge for most citizens. This means that many persons give active consideration to the limits they will place on their own medical treatment and that of family members.

3. Health Care Costs and an Aging Population

The increasing cost of health care in most countries is another relevant consideration. Estimates indicating that individuals incur their highest health care costs in the final days of life illustrate the delicate balance between sustaining life and containing health care expenses. This fact, some health policy analysts insist, will become increasingly apparent as more and more of the population move into the older age groups, in which health care needs and their attendant costs increase. The situation may be exacerbated when there are fewer people in the work force to supply the tax revenue that is necessary for health care delivery.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

4. Palliative Care

Policy decisions must also affect the issue of palliative and hospice care. Some physicians fear that support for active and/or voluntary euthanasia will short-circuit research into better and more effective palliative care. They argue that hospice care for terminally ill patients, which greatly increases the quality of their final stages of life, may be sacrificed for a policy of active euthanasia. In support of this argument, they point out that in England, where no legislation in support of euthanasia exists, there is a well-developed hospice network and superior palliative care; however, in the Netherlands, where active euthanasia is practised, palliative care is practically non-existent.

C. Canadian Law

1. The *Criminal Code*

A number of provisions of the *Criminal Code* impinge upon the issues of euthanasia and cessation of treatment.

Section 14 of the Code provides that:

> No person is entitled to consent to have death inflicted on him, and such consent does not affect the criminal responsibility of any person by whom death may be inflicted on the person by whom consent is given.

In the medical context, a doctor who, at a patient's request, gives the patient a lethal injection would be criminally liable.

Section 45 affects the right of a patient to refuse medical treatment. It provides:

> Everyone is protected from criminal responsibility for performing a surgical operation on any person for the benefit of that person if
>
> (a) the operation is performed with reasonable care and skill; and
>
> (b) it is reasonable to perform the operation, having regard to the state of health of the person at the time the operation is performed and to all the circumstances of the case.

RECYCLED/RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Once medical treatment has begun, there is a duty on the physician to use reasonable care, skill and knowledge in administering therapy whose discontinuation would endanger life. This duty is clearly expressed in section 217 of the *Criminal Code*, which stipulates that:

> Everyone who undertakes an act is under a legal duty to do it if an omission to do the act is or may be dangerous to life.

The Code also imposes a legal duty on persons who have others in their charge to provide those persons with the necessaries of life, including the provision of medical care. Section 215 provides that:

> (1) Everyone is under a legal duty ...
>
> (c) to provide necessaries of life to a person under his charge if that person (i) is unable, by reason of detention, age, illness, insanity or other cause to withdraw himself from that charge, and (ii) is unable to provide himself with necessaries of life.
>
> (2) Everyone commits an offence who, being under a legal duty within the meaning of subsection (1), fails without lawful excuse, the proof of which lies on him, to perform that duty, if ...
>
> (b) with respect to a duty imposed by paragraph (1)(c), the failure to perform the duty endangers the life of the person to whom the duty is owed or causes or is likely to cause the health of that person to be injured permanently.

Section 216 of the Code also imposes a duty on those administering medical treatment to use reasonable knowledge, skill and care. The Code creates the offence of criminal negligence for anyone who, in doing anything or omitting to do anything that it is his or her legal duty to do, shows wanton and reckless disregard for the life and safety of another person.

In determining criminal liability for involuntary euthanasia, the active/passive distinction is irrelevant, since involuntary euthanasia involves the taking of a life contrary to a person's will or without consent. In Canada, involuntary euthanasia is homicide and subject to criminal liability.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

In a case of voluntary euthanasia, however, the active/passive distinction is crucial to assessing criminal liability. Active voluntary euthanasia is clearly a criminal offence; it is immaterial to criminal liability that the person has consented to his or her death. As well, it is an offence to counsel or to aid suicide, although suicide itself is no longer an offence. Whether passive voluntary euthanasia is a criminal offence is unclear. A strict reading of certain provisions of the *Criminal Code* would seem to indicate that withholding or withdrawing medical treatment from a terminally ill person might constitute a criminal offence.

2. The Right to Refuse Medical Treatment

The common law recognizes the right of an adult, competent person to refuse medical treatment. The right of self-determination, however, is not inviolate. It may be overridden by the state's interest in preserving life, protecting innocent third parties, preventing suicide and maintaining the ethical integrity of the medical profession.

In a 1990 decision, the Ontario Court of Appeal held that instructions on blood transfusions, issued when a patient was competent, had to be followed when she was incapable of making a decision. The Court found that the physician must follow a Jehovah's Witness's written instruction refusing all blood transfusions, even in an emergency situation where the patient was unable to give consent. However, the Court emphasized that its decision applied only to the specific case before it and not to situations of terminal or incurable illness where a patient seeks to reject medical treatment by way of a living will or an advance medical directive or to situations where the family of a person in a persistent vegetative state wishes to withdraw medical treatment.

In the January 1992 decision in the case of Nancy B., the Quebec Superior Court ruled that a competent, adult patient suffering from an incurable disease and bed-ridden for life had the right to request that her doctor disconnect the respirator keeping her alive. In making his decision, Mr. Justice Dufour cited sections of the *Quebec Civil Code* which provide that the human person is inviolable and that no one can be made to undergo treatment without consent.

RECYCLED/RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHEQUE DU PARLEMENT

The case also dealt with the issue of the criminal liability of the doctor who, at Nancy B.'s request, would be required to remove her from the respirator. After referring to sections 216, 217, 45 and 219 of the *Criminal Code*, as well as the provisions dealing with homicide, the judge concluded that it was neither unreasonable nor wanton and reckless conduct for a physician, at the request of a patient, to disconnect the patient's respirator and allow the patient's disease to take its natural course. He also found that the doctor would not be aiding the patient to commit suicide or committing an act of homicide, since Nancy B.'s death would result from the underlying disease.

3. Report of the Law Reform Commission of Canada

In 1983, the Law Reform Commission of Canada (the "Commission") published its Report on *Euthanasia, Aiding Suicide and Cessation of Treatment* following a Working Paper on the subject which had been published the previous year.

The Commission noted that there was widespread consensus in Canada on three basic principles that are reflected in our law. The first is that the protection of human life is a fundamental value. The second is that the patient has the right to autonomy and self-determination in making decisions about his or her medical care. The third is that human life needs to be considered from a quantitative and qualitative perspective.

The Working Paper and the Report sought to answer three questions. Should active euthanasia be legalized or at least decriminalized? Should aiding suicide be decriminalized? Should certain provisions of the *Criminal Code* be revised to define the legal parameters of the cessation and refusal of medical treatment?

a. Active Euthanasia and Aiding Suicide

The Commission supported the right to patient self-determination and rejected the philosophical approach that calls for absolute protection of human life. It did not, however, favour the legalization of active euthanasia or aiding suicide. After considering many arguments supporting active voluntary euthanasia, particularly those recommending euthanasia in cases of incurable or terminal illness, the

RECYCLED/RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Commission concluded that legalization would have too many risks. Some of the problems identified were: the possibility of incorrect diagnosis, the possibility of the discovery of a cure, and the possibility of abuse. The Commission noted that there was a very real danger that the procedures developed to allow people with terminal or incurable illnesses to end their lives could eventually be used to eliminate those who might be a burden to others or to society. The Commission also expressed concern that a person's consent to euthanasia might not be free and voluntary.

b. Cessation and Refusal of Treatment

The Commission's proposals on the cessation and refusal of treatment were based on the principle that a competent person should have absolute control over decisions on his or her own medical care. An important corollary of this principle was that physicians should not have to risk criminal liability for carrying out a patient's request to stop or not to initiate medical treatment.

The Commission, therefore, recommended that there be clear and formal legislative recognition of the competent patient's right to refuse medical treatment or to demand its cessation. In so doing, the Commission stressed that such a proposal would not amount to legalizing euthanasia. It was the Commission's view that there was a fundamental difference between causing death by a positive act and stopping treatment at a patient's request.

The Commission also dealt with the difficult question of withdrawing or withholding treatment from incompetent individuals -- anyone who because of infancy, temporary or permanent unconsciousness or some handicap is unable to express his or her wishes, make an informed decision or exercise choice. It observed that a person's inability to consent should not be a reason for denying that person the same right as a competent person with respect to medical treatment.

After a thorough analysis of the issues, the Commission concluded that neither active euthanasia nor aiding suicide should be legalized and recommended retention of the present law in those two areas. On the question of palliative care, it recommended that amendments be made to ensure that criminal liability would not ensue from administering any

RECYCLED · RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHEQUE DU PARLEMENT

palliative care that had the effect of reducing a patient's life expectancy. The Commission also recommended that the *Criminal Code* be amended to remove the ambiguity created by some current provisions that appear to place an absolute duty on a physician to continue treatment once it has begun.

Subsequent to the publication of its report on euthanasia, the Commission recommended that the General Part of the *Criminal Code* contain a provision that no one has a duty to continue medical treatment which is therapeutically useless or for which consent is expressly refused or withdrawn. This recommendation, however, did not define "therapeutically useless" or set out the requirements for consent.

D. United States Law

In the United States, active and passive involuntary euthanasia are illegal, but not all forms of voluntary euthanasia are criminal offences. Most U.S. states allow passive voluntary euthanasia through statutes that recognize a person's right to execute a living will directing the refusal or withdrawal of medical treatment in certian circumstances. Active voluntary euthanasia, however, is considered to be murder, even when carried out at the request of the patient.

In the United States, the right to refuse or to withdraw medical treatment is recognized on the following grounds: the common law right of bodily self-determination and the constitutional rights of freedom of religion, privacy and liberty. As in Canada, the right to forgo life-sustaining treatment is usually weighed against the competing state interests in the preservation of human life, the prevention of suicide, the protection of innocent third parties and maintaining the ethical integrity of the medical profession.

The right to control what is done with one's body, which has long been recognized by U.S. courts, embraces both the doctrine of informed consent to medical treatment and the right to refuse such treatment. In the 1990 decision in *Cruzan* v. *Director, Missouri Department of Health*, the United States Supreme Court assumed that the U.S. Constitution would grant a competent person a constitutionally protected right to refuse life-saving nutrition and hydration.

RECYCLED/RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Medical treatment may also be refused for religious reasons. The right of a Jehovah's Witness to refuse a blood transfusion on the basis of religious beliefs has been upheld, except where the exercise of that right presents a danger to public health, welfare or morals.

The right to privacy has developed as a further ground for refusing medical treatment. In the case of *Bouvia* v. *Superior Court* (1986) the California Court of Appeals recognized the right to refuse medical treatment as part of the right to privacy; consequently it ordered a feeding tube removed from a competent quadriplegic who suffered from cerebral palsy. A similar decision by a New Jersey court in 1987 affirmed the right of a 37-year-old competent but terminally ill patient who was living at home to be disconnected from a respirator. In this case, the court set out the following procedures for competent persons to follow in seeking withdrawal of medical treatment: (1) the patient must demonstrate that he or she is competent and informed of the prognosis, alternative treatments, and the risks of terminating treatment (two non-attending physicians must participate in this initial stage); (2) the patient's decision to terminate treatment must be voluntary and not coerced; and (3) the court must find that the patient's wish to terminate treatment outweighs the state's interest in preserving life, preventing suicide, safeguarding the integrity of the medical profession and protecting innocent third parties.

The landmark decision of the New Jersey Supreme Court in the case of Karen Quinlan in 1976 brought to the fore the issue of terminating treatment for incompetent persons. In that case, the Court found that Karen Quinlan had a right to refuse medical treatment on the basis of the constitutionally protected right to privacy. As her incompetence prevented her from exercising her right to refuse treatment, the Court held that her parents should be able to exercise it for her.

Since the *Quinlan* decision, U.S. courts have continued to grapple with the matter of withdrawing or withholding medical treatment from incompetent persons who are terminally ill or in a persistent vegetative state. Most courts have decided that family members or other legally appointed persons have the right to make medical decisions on

RECYCLED/RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHEQUE DU PARLEMENT

behalf of the incompetent person. In dealing with this issue, the courts have developed two general standards, the "substituted judgment" standard and the "best interests" test.

"Substituted judgment" uses a subjective test to seek to determine what decision the incapacitated person would have made had he or she been capable of doing so. The court looks at any opinions about terminating life-sustaining treatment that the person may have expressed before becoming incompetent. In some states, the courts require "clear and convincing" evidence of the incompetent person's prior decision to forgo such treatment. Some courts have adopted more relaxed evidentiary requirements and relied on distant and occasional opinions expressed by the incompetent person; still others have considered the patient's prior religious beliefs, lifestyle choices and the opinions of family and friends as to the type of treatment he or she would have chosen.

The "best interests" test involves an examination of the benefits and burdens of continued treatment. Among the factors considered are the person's present condition, degree of pain, prognosis and the risks, side effects and benefits of various forms of treatment. In some situations, the quality of life and the interests of the person's family are also taken into account.

Some state courts have developed an approach that includes aspects of both of the above-mentioned standards. In New Jersey, for instance, the courts employ a multi-part test for determining whether treatment should be withdrawn from incompetent persons. First, a subjective test is used to determine if there is any clear and convincing evidence that the person would have refused treatment had he or she been competent. If the subjective test cannot be satisfied, the best interests test is used; this can be subdivided into two components -- a limited-objective standard and a pure-objective standard. The former is met if there is some trustworthy evidence that the incompetent person would have terminated or refused treatment and where the burden of prolonging the life in question outweighs the benefit of continued life. The latter standard is used where there is no evidence of what the person would have wanted but the burden of prolonging life clearly outweighs the benefits and where continuing

RECYCLED/RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

treatment would be inhumane because of the patient's severe and unavoidable pain.

Substantial public support in the United States for greater self-determination in medical care and for the right to "die with dignity" has resulted in the passage of state legislation designed to facilitate the right to refuse medical treatment. Known as "natural death acts" or "living wills statutes," these laws allow individuals to give physicians advance directives specifying the type of care they would want in the event of terminal illness or incompetence; the laws relieve health care providers from criminal liability and professional misconduct actions for following the instructions set out in the directives.

In most cases a person's condition must be terminal, and in many cases, death must be imminent, in order for the provisions of a living will to become effective. A number of statutes call for a person's condition to be such that continuation of the medical treatment to be withdrawn or withheld would serve only to postpone death. Many statutes specify that nutrition, hydration, comfort care and the alleviation of pain cannot be withdrawn or withheld and almost all require more than one physician to certify that the patient is terminally ill. Most statutes require a physician who does not wish to follow a patient's instructions to transfer the patient to a physician who is willing to do so.

Another device, the durable power of attorney for health care, is gaining recognition in the U.S. as a method for assisting self-determination in medical care. Through this device, a competent person can authorize another to make medical decisions on his or her behalf, in the event of future incompetence.

In 1990, the U.S. Congress passed the *Patient Self-Determination Act*, which requires that, as a condition of participation in Medicare and Medicaid programs, health-care providers, (hospitals, nursing homes, hospice centres, etc.) provide patients with information about their right to make advance medical directives and also inform patients of the provider's policies with respect to the implementation of patients' wishes.

The provider is required to note on a patient's record whether or not the patient has signed an advance directive. A health-care

RECYCLED-RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHEQUE DU PARLEMENT

provider cannot refuse to treat a patient on the basis of whether an advance directive has been signed. The provider is required to comply with state law concerning advance directives. Physicians who, by state law, are exempt from implementing advance directives for reasons of conscience are exempt from the Act's implementation provision.

To date, there is no Canadian legislation on advance medical directives or living wills. One province, Nova Scotia, allows a competent adult to authorize another adult to consent to medical treatment on his or her behalf, in the event of future incompetence. The Province of Quebec also allows for a form of substituted decision-making in connection with medical treatment.

In a few U.S. states, activists in the "death with dignity" movement have sought to expand the scope of living will statutes to permit physicians to provide aid-in-dying. In November 1991, voters in the state of Washington defeated "Initiative 119," which would have allowed a mentally competent patient voluntarily to request a physician's help to die in a "dignified, painless and humane manner." Pursuant to the Initiative, a physician would have been exempt from criminal liability and professional misconduct actions for providing aid-in-dying to a patient who had been diagnosed and certified in writing by two doctors as having a terminal condition. A terminal condition would have been defined as an incurable or irreversible condition that would result in death within six months, or an irreversible coma, or a persistent vegetative state from which the patient had no reasonable probability of recovery. A similar initiative is expected to be voted on in California in 1992.

After the defeat of Initiatve 119, amendments were made to the State of Washington's *Natural Death Act* which will take effect in June 1992. A key objective of the amended Act is to give patients suffering from incurable and irreversible conditions the power to control decisions affecting their treatment through instruments called "health care directives." Another is to absolve from liability physicians and health care providers who act in accordance with a directive and the Act. The amendments would not condone or permit mercy killing or physician-assisted suicide.

RECYCLED/RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

In a move against physician-assisted suicide, the American Bar Association rejected a resolution endorsing laws that would allow physicians to assist terminally ill patients commit suicide.

E. Euthanasia in the Netherlands

In the Netherlands, the term "euthanasia" has one clear meaning and is normally not qualified by adjectives such as active, passive, voluntary or involuntary. The practice is the deliberate termination of a patient's life by a physician acting on the patient's request and according to strict guidelines. Euthanasia is prohibited under the Dutch penal code, which states that anyone who terminates the life of another person at that person's explicit request is guilty of a criminal offence punishable by up to 12 years in prison.

Although it is a criminal offence, however, euthanasia is practised in the Netherlands and is not prosecuted, as long as certain guidelines are followed. These guidelines were developed through a series of court decisions where physicians who had been charged with practising euthanasia were found not to be criminally liable for their action. Under the guidelines, all the following requirements must be met:

- the patient must repeatedly and explicitly express the desire to die;
- the patient's decision must be well informed, free and enduring;
- the patient must be suffering from severe physical or mental pain with no prospect of relief (but need not be terminally ill);
- all other options for care must have been exhausted (so that euthanasia is a last resort) or the patient must have refused other available options;
- the euthanasia must be carried out by a qualified physician;
- the physician must consult at least one other physician (and may also consult other health care professionals); and
- the physician must inform the local coroner that the euthanasia has been carried out.

Until recently, reliable estimates of the extent of euthanasia in the Netherlands were unavailable. In September 1991, the

RECYCLED/RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Remmelink Commission (a Dutch government commission of inquiry into euthanasia and other medical decisions about the end of life) reported that its scientific studies had revealed about 2,300 cases of euthanasia in the previous year in the Netherlands, representing 1.8% of the year's deaths. Many more requests (about 9,000) were made for euthanasia in that year than were actually carried out (about 2,300). Furthermore, the majority of patients who requested euthanasia (i.e. about 70%) were terminally ill cancer patients.

Exempting a physician who follows the legal guidelines from criminal liability for performing euthanasia at a patient's request has not yet been given statutory force. Legislative attempts to decriminalize euthanasia in the Netherlands have, so far, faltered. Thus, decisions as to whether a particular case should be prosecuted and a doctor convicted currently remain in the hands of Dutch lawyers and judges.

F. Organizations Concerned with Euthanasia and Cessation of Treatment

Groups that support the right to die and the right to determine the circumstances and timing of death have grown in number and in strength in the recent past. Many of the groups discussed below are also members of the World Federation of Right To Die Societies an international umbrella organization located in London, England.

1. Hemlock Society

Perhaps one the best known groups is the American Hemlock Society, founded by Derek Humphry and his wife Ann Wickett. Humphry is a long time affiliate of the British-based group now known as the Voluntary Euthanasia Society but formerly known as *EXIT*. Humphry is also the author of the 1991 publication *Final Exit*.

The Hemlock Society, formed in Los Angeles, has an estimated membership of 38,000 after approximately 10 years of operation. Its motto, "Good Life, Good Death," reflects its concern for the right of a terminally ill person to choose voluntary euthanasia. The 70 chapters that now exist in the United States are involved in the publication of newsletters and books as well as educational videos. Their expressed purpose is the

RECYCLED / RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

"raising of consciousness about the right of terminally ill persons to choose to die in a manner of their choice." The society also provides forms to obtain a combined living will and durable power of attorney for health care.

The publication of *Final Exit* has raised a great deal of controversy in Canada and the United States. Much of this controversy revolves around the fact that the book discusses in explicit detail the advantages and disadvantages of various ways of ending life, including self-starvation, cyanide, suffocation and the use of certain types of medication. Since its publication the book has been a best-seller.

2. The Right To Die Society of Canada

The Canadian counterpart to the Hemlock Society is the Right to Die Society of Canada, formed in late September 1991. The organization estimates that it will have close to 8,000 members in its first year of operation. The society will produce a newsletter six times a year and a monthly television show entitled "Last Rights," which now appears on most Canadian cable networks. The society supports "translating public opinion into political action" and has a lengthy and ambitious list of commitments, including the publication of on-going newsletters, support for the research and development of safe and painless drugs for euthanasia and research into the development of better "advance directives" such as living wills and durable powers of attorney, in the context of evolving medical discoveries. In 1991, the Canadian Medical Association affirmed the right of patients or their representatives to elect, in advance directives, to refuse any form of medical treatment.

The Right To Die Society of Canada supports active euthanasia, assisted suicide, and cessation of medical treatment. As proof of Canadians' desire for better and more clear legislation in this area, it cites the most recent Gallup Poll results, which show that 78% of the Canadian population would support the "physician's legal ability to end the life of a patient through mercy killing, if the patient had made a formal request in writing."

RECYCLED · RECYCLÉ

3. Dying With Dignity

Dying With Dignity is a Canadian association which was formed in 1980 to address issues facing persons nearing the end of life. Membership in this organization is estimated to be close to 6,500. For the most part, Dying With Dignity supports passive euthanasia, as opposed to active or voluntary euthanasia. This organization has focused its attention, in the main, on the question of advanced directives and the facilitation of patient-directed health care. Much of its energy has been focused on living wills and durable powers of attorney for health care. It also wishes to see growing acceptance of the idea that, in certain specified circumstances, people may be assisted in achieving a "gentle death, either by withdrawal of medical treatment or with medical assistance."

4. *Fondation responsable jusqu'à la fin*

This foundation does not support or campaign for euthanasia. Established in 1986, it focuses on education and awareness among patients and health care professionals of a "responsible approach to the end of life and about respect for wishes expressed freely and with full knowledge of the facts, whether those wishes are for or against treatment at the end."

PARLIAMENTARY ACTION

Until 1991, when Private Members' bills on the subject were introduced in the House of Commons, euthanasia had received only fleeting references and had never been debated in the House. Introduced in close succession were: Bill C-203, by Robert Wenman (Fraser Valley West), on 16 May 1991 and Bill C-261, by Chris Axworthy (Saskatoon - Clark's Crossing), on 19 June 1991. (Mr. Wenman had introduced Bill C-351 in March 1991 but it had died on the Order Paper with the ending of the parliamentary session.) Mr. Axworthy's bill incorporated most of Mr. Wenman's "passive euthanasia" bill but would have extended its scope to provide for "active euthanasia."

RECYCLED-RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Mr. Wenman's bill, An Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons), was designed to protect medical practitioners from possible criminal liability in three treatment scenarios: first, where the practitioner withholds or withdraws medical treatment at the request of a terminal patient; second, where the practitioner withholds or withdraws medical treatment from a terminal patient because the treatment is therapeutically useless and not in the best interests of the patient; and third, where the practitioner, to ease the suffering of the patient, provides palliative care, such as pain-relieving drugs, whose side-effect might be to hasten the patient's death. In summary, the purpose of the bill was to protect medical practitioners who provide proper and ethical treatment to their terminal patients but who, by so doing, incur the possibility of violating certain sections of the *Criminal Code*.

Mr. Wenman's bill was not intended to provide for active euthanasia in any circumstances. It would have allowed for passive euthanasia to be practised, however, in that a medical practitioner would not have been held criminally liable for withdrawing life-sustaining treatment -- for example turning off a respirator -- at the request of a terminal patient.

Mr. Axworthy's bill, on the other hand, made no distinction between passive euthanasia -- allowing individuals to die by withholding or withdrawing treatment -- and active euthanasia -- such as administering a lethal dose of a drug. This bill built upon that of Mr. Wenman, by including the same exculpatory provisions but by adding provisions that would have legalized active euthanasia in certain conditions. The bill proposed that a person suffering from an irremediable condition could apply to a euthanasia referee for a "euthanasia certificate" giving permission for the process.

Both bills were debated in the House of Commons at second reading. Mr. Wenman's bill -- the less controversial -- was referred to a legislative committee for review. Even those members who expressed reservations about the bill in the debate were nevertheless in favour of its referral to a committee, since they recognized a need to examine the issues it raised. Mr. Axworthy's bill, on the other hand, inspired very

RECYCLED/RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

strong criticism during the debate at second reading and was dropped from the Order Paper.

Following several weeks of committee hearings, Mr. Wenman's bill, like Mr. Axworthy's, met an early demise. The legislative committee charged with reviewing the bill, after completing its hearings and without considering any amendments to the bill, decided to adjourn the proceedings *sine die*. By adjourning without assigning a further meeting date, the Committee effectively halted further parliamentary action on the bill.

CHRONOLOGY

1973 - For the first time in the Netherlands, a doctor was prosecuted for performing active euthanasia. The doctor was convicted but given a suspended sentence.

November 1983 - The government of Alberta sought the extradition from Israel of Dr. Nachum Gal, a paediatrician who had worked at the University of Alberta Hospital. He was accused of first-degree murder in connection with the 1982 death of a baby born severely brain damaged at the hospital.

1983 - The Law Reform Commission of Canada recommended against legalizing or decriminalizing voluntary active euthanasia. It also recommended that aiding suicide not be decriminalized where assistance has been rendered to a terminally ill person.

June 1987 - The Law Reform Commission of Canada released proposals for amending the *Criminal Code*. These included the recommendation that mercy killing be treated as second-degree murder, ("ordinary murder,") rather than as first-degree ("premeditated murder.") Second-degree murder would carry no fixed or minimum jail term.

4 July 1990 - In an interview with the Canadian Press, a Vancouver psychologist, David Lewis, publicly admitted to assisting personally in the suicides of eight AIDS sufferers.

27 March 1991 - Private Member's Bill C-351, An Act to amend the *Criminal Code* (terminally ill persons), was read for the first time in the House of Commons. The bill died on the Order Paper with the ending of the parliamentary session.

RECYCLED · RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

16 May 1991 - Private Member's Bill C-203, An Act to amend the *Criminal Code* (terminally ill persons), was read for the first time in the House of Commons.

19 June 1991 - Private Member's Bill C-261, An Act to legalize the administration of euthanasia under certain conditions, was read for the first time in the House of Commons.

10 September 1991 - In the Netherlands, findings from the first comprehensive study of Dutch euthanasia practices were released by the Remmelink Commission.

24 September 1991 - Bill C-203, An Act to amend the *Criminal Code* (terminally ill persons) received second reading and was referred to Legislative Committee H for consideration. The Committee began hearings on the bill on 29 October 1991.

24 October 1991 - Bill C-261, An Act to legalize the administration of euthanasia, was debated at second reading and dropped from the Order Paper.

November 1991 - The B.C. Royal Commission on Health Care and Costs recommended that aiding suicide be decriminalized where a terminally ill person chooses to exercise his or her right to commit suicide and requests a health care professional's assistance. It also recommended amending the *Criminal Code* to make it clear that properly administered palliative care, even if it hastens death, is not criminal.

5 November 1991 - Voters in Washington State narrowly struck down Legislative Initiative 119, a proposal to amend state law to allow doctors to assist terminally ill patients, at their request, to die.

21 November 1991 - The B.C. College of Physicians and Surgeons ordered that palliative care administered by one of its members, Dr. Peter Graff, be monitored in the future, following Coroners' Inquiries and the College's own investigation into the deaths of two of Dr. Graff's elderly patients. The Council of the College declared that doctors and the public should clearly understand that it does not condone active euthanasia.

23 November 1991 - A Toronto nurse, Scott Mataya, was charged with first-degree murder in the mercy killing of a terminally ill patient at the Wellesley Hospital.

RECYCLED RECYCLÉ

6 January 1992 - The Quebec Superior Court ruled in the case of Nancy B., a woman suffering from an incurable disease, that turning off her respirator at her request and letting nature take its course would not be a criminal offence.

30 January 1992 - An Ontario surgeon was charged with second degree murder in connection with the death of a seriously ill cancer patient. The patient is alleged to have died of a cardiac arrest after having been administered morphine and potassium chloride.

18 February 1992 - Legislative Committee H on Bill C-203 adjourned *sine die*.

April 1992 - A so-called "right-to-die" initiative which would allow doctors to assist terminally ill patients to end their lives qualified to be placed on the ballot in the forthcoming state elections to be held in California in November 1992.

SELECTED REFERENCES

Horan, Dennis J. and David Mall (eds.). *Death, Dying and Euthanasia*. University Publications of America, 1977.

Humphry, Derek, *et.al. The Right to Die: Understanding Euthanasia*. Harper and Row, New York, 1986.

Kevorkian, Jack. *Prescription Medicine: The Goodness of Planned Death*. Prometheus Books, Buffalo, New York, 1991.

Kluge, Eike-Henner. *The Ethics of Deliberate Death*. Kennikat Press, Port Washington, New York, 1981.

Law Reform Commission of Canada. *Euthanasia, Aiding Suicide and Cessation of Treatment*. Working Paper 28. 1982.

Law Reform Commission of Canada. *Euthanasia, Aiding Suicide and Cessation of Treatment*. Report 20. 1983.

Manitoba Law Reform Commission. *Discussion Paper on Advance Medical Directives and Durable Powers of Attorney for Health Care*. July, 1990.

"Medical Technology and the Law." *Harvard Law Review*, Vol. 103, No. 7, May 1990, p. 1519-1676.

"Right to Die: Medical, Legal and Moral Issues." *Editorial Research Reports*, Vol. 1, No. 36, 28 September 1990.

RECYCLED/RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Russell, Ruth Olive. *Freedom to Die: Moral and Legal Aspects of Euthanasia.* Human Sciences Press, New York, 1975.

Van Der Maas Paul J. *et al.*, "Euthanasia and Other Medical Decisions concerning the End of Life." *Lancet,* Vol. 338, 14 September 1991, p. 669-674.

de Wachter, M. A. M. "Active Euthanasia in the Netherlands." *Journal of the American Medical Association,* Vol. 262, No. 23, 15 December 1989, p. 3316-3319.

Bulletin d'actualité 91-9F

L'EUTHANASIE ET L'INTERRUPTION DE TRAITEMENT

Margaret Smith
Susan Alter
Division du droit et du gouvernement

Sandra Harder
Division des affaires politiques et sociales

Le 6 février 1992
Révisé le 19 mai 1992

Bibliothèque du Parlement
Library of Parliament

Service de recherche

Le Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, il assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les attachés de recherche peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1992
En vente au Canada chez
votre libraire local
ou par la poste auprès du
Groupe Communication Canada -- Édition
Ottawa, Canada K1A OS9

N° de catalogue YM32-1/91-9F
ISBN 0-660-93834-0

N.B. Dans ce document, tout changement d'importance fait depuis la dernière publication est indiqué en **caractère gras.**

THIS DOCUMENT IS ALSO PUBLISHED IN ENGLISH

CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

L'EUTHANASIE ET L'INTERRUPTION DE TRAITEMENT

DÉFINITION DU SUJET

En raison des progrès dans le domaine des soins médicaux, on peut désormais vivre plus longtemps et retarder la mort. Mais la capacité de vivre plus longtemps s'accompagne parfois, chez ceux qui souffrent de maladies dégénératives ou incurables, d'une qualité de vie diminuée. Le désir de se voir épargner une longue agonie, l'incidence accrue de maladies incurables comme le sida et la maladie d'Alzheimer et une meilleure compréhension des moyens par lesquels la technologie médicale peut prolonger la vie et influer sur l'agonie sont quelques unes des raisons qui ont amené les gens à vouloir mieux contrôler les décisions relatives à la vie et à la mort. Ces facteurs ont également ravivé l'intérêt pour l'euthanasie et l'interruption du traitement médical.

Le présent document traite des questions sociales et juridiques liées à ces sujets, en particulier dans le contexte du droit au Canada, aux États-Unis et aux Pays-Bas.

CONTEXTE ET ANALYSE

L'euthanasie a été définie comme un acte de compassion ou la pratique qui consiste à mettre fin sans douleur aux jours de personnes atteintes de maladies incurables ou malignes. Il y a divers types d'euthanasie - active, passive, volontaire et involontaire. Il y a euthanasie involontaire lorsqu'une personne ne commence pas à donner ou cesse de donner un traitement essentiel au maintien de la vie ou met fin aux jours d'une personne malade ou incapable ou encore d'une personne capable qui n'a pas consenti à l'euthanasie. L'euthanasie est volontaire

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

lorsqu'une personne permet qu'on cesse de lui administrer un traitement essentiel au maintien de la vie ou qu'on mette fin à ses jours. Ce qui distingue l'euthanasie involontaire de l'euthanasie volontaire, c'est donc le consentement donné par la personne visée.

L'euthanasie active se distingue de l'euthanasie passive par la façon d'agir de celui qui pose le geste euthanasique. L'euthanasie active comporte l'administration d'un traitement ou l'exécution d'un acte qui provoque la mort d'un malade; l'euthanasie passive se caractérise par l'absence ou l'interruption d'un traitement ou de l'alimentation.

Qu'elle soit involontaire ou volontaire, l'euthanasie peut être active ou passive.

A. Historique

L'euthanasie a beaucoup attiré l'attention des médias ces derniers temps; toutefois, ni cette pratique ni la controverse qui l'entoure ne sont nouvelles. À notre époque, on insiste sur les distinctions conceptuelles qui existent entre l'euthanasie, le suicide et l'interruption de traitement; au départ, de telles distinctions n'existaient pas et l'euthanasie était généralement synonyme de suicide. La tolérance à l'égard du suicide qui s'est développée à l'époque classique traduisait jusqu'à un certain point un mépris pour la faiblesse, la maladie et l'incapacité de jouer un rôle dans la société après un certain âge. Mais en même temps, elle témoignait du désir de mener une "vie bonne et utile", ce qui était impossible lorsqu'il y avait un déclin physique marqué. Dans l'Antiquité, les Grecs et les Romains ont réussi à dissiper l'ombre et le mystère qui entouraient le suicide et à faire en sorte que celui-ci fasse l'objet du discours et du débat publics.

L'intolérance à l'égard du suicide a commencé à prendre racine aux II^{e} et au III^{e} siècles de notre ère et est devenue de plus en plus marquée sous l'influence du christianisme. Alors que, chez les Anciens, le suicide n'était critiqué que s'il était illogique ou sans fondement, les Chrétiens ont considéré cet acte comme une provocation directe ou une entrave à la volonté de Dieu; par conséquent, les suicidés n'avaient pas droit à un enterrement en terre sacrée et leur geste

RECYCLED RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

déshonorait leur famille. Saint-Augustin lui-même a déclaré que "la vie et ses souffrances sont des ordres divins et doivent être acceptés en conséquence". Au XIII[e] siècle, les enseignements de saint Thomas d'Aquin ont incarné l'intolérance à l'égard du suicide. Selon saint Thomas, le suicide enfreint le commandement biblique interdisant de tuer et constitue, au bout du compte, le péché le plus dangereux, parce qu'il écarte toute possibilité de se repentir.

L'incidence des découvertes scientifiques et médicales du XVI[e], du XVII[e] et du XVIII[e] siècles a changé la nature du débat sur le suicide. La capacité de plus en plus grande des médecins de traiter les maladies physiques et de prolonger la vie a poussé l'État à s'intéresser plus directement aux questions de la vie et de la mort dans le contexte médical. L'observation rigoureuse des principes et des enseignements religieux est devenue plus compliquée à cause des découvertes scientifiques et médicales. Des questions comme la mort assistée médicalement et l'interruption de traitement, qui sont au coeur du débat actuel, remontent à cette période. Au début du XIX[e] siècle, la profession médicale a longuement discuté de l'euthanasie. Les philosophes et les théologiens ont également participé à ce débat qui a porté sur la question de la "qualité de la vie" et sur le droit pour un être humain de déterminer quand cette qualité s'est dégradée au point où il devient acceptable de cesser de vivre.

Récemment, c'est probablement aux États-Unis que s'est présenté le meilleur exemple de débat public sur cette question de la qualité de la vie et de l'interruption de traitement avec le cas de Karen Ann Quinlan, cette jeune femme de 21 ans qui avait subi des lésions irréversibles au cerveau après avoir consommé de l'alcool et des drogues. Les parents de M[lle] Quinlan ont signé une autorisation permettant aux médecins de débrancher le respirateur qui maintenait leur fille en vie. Quand l'hôpital a refusé d'obtempérer, les Quinlan ont demandé aux tribunaux de renverser cette décision. En 1976, pour donner suite à une décision de la Cour suprême du New Jersey, le respirateur a été débranché. M[lle] Quinlan est décédée en 1985, dans un foyer de soins de santé où elle avait vécu une dizaine d'années dans le coma et sous perfusion. De l'avis

RECYCLED RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

des experts du domaine, cette affaire a profondément marqué l'opinion publique et influé sur l'évolution des mesures législatives. Avant 1975, cinq États seulement avaient légiféré sur le droit de mourir. En 1977, 55 projets de loi avaient été déposés dans 38 États et, dans huit États, des lois avaient été adoptées.

B. Considérations générales

Lorsqu'il est question d'euthanasie et d'interruption de traitement, les liens qui existent entre le droit, la moralité et la politique sociale ne sont pas tout à fait clairs, ce qui pose des problèmes particulièrement délicats aux personnes chargées d'élaborer et d'appliquer des lignes de conduite concrètes. Une foule de facteurs sociaux devraient venir éclairer la réflexion actuelle sur la politique en matière de santé et la politique sociale ainsi que sur l'euthanasie ou l'interruption de traitement.

1. Maladies chroniques et incurables

L'incidence accrue de maladies chroniques comme la maladie d'Alzheimer et de maladies incurables comme le sida et le cancer signifie souvent que les malades peuvent entrevoir leur avenir probable avant de perdre leurs capacités. Cette situation peut les inciter à exercer des pressions pour participer plus directement aux soins médicaux qui leur sont prodigués; dans certains cas, ils demandent qu'on les aide à mourir. De fait, dans son mémoire au comité législatif H sur le projet de loi C-203 [Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale)], la Société canadienne du SIDA a exprimé l'espoir que "la mort ne soit pas plus perçue comme l'échec des soins médicaux, mais plutôt comme l'expression de la dignité, de la compassion et du respect du droit qu'a chacun de choisir".

2. Techniques médicales

La plupart des citoyens savent désormais dans quelle mesure les techniques médicales peuvent prolonger la vie, abstraction faite des questions relatives à la qualité de cette vie. Bien des gens réfléchissent donc activement aux limites qu'ils imposeront à leur propre traitement médical et à celui des membres de leur famille.

RECYCLED RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

3. Coûts des soins de santé et vieillissement de la population

Le coût de plus en plus élevé des soins de santé dans la plupart des pays est un autre facteur pertinent. Les estimations selon lesquelles les coûts des soins de santé les plus élevés sont engagés dans les derniers jours de la vie illustrent l'équilibre délicat qui s'établit entre le maintien de la vie et la volonté de contenir les dépenses en matière de soins de santé. Selon certains analystes des politiques en matière de santé, ce fait deviendra de plus en plus évident à mesure que la majorité des gens atteindront l'âge à partir duquel les coûts en matière de soins de santé et les coûts connexes s'accroissent. Cette situation pourrait s'aggraver si la population active n'est plus assez nombreuse pour fournir les recettes fiscales nécessaires à la prestation des soins de santé.

4. Soins palliatifs

Les décisions d'orientation doivent également tenir compte de la question des soins palliatifs et des soins dans les hospices. Certains médecins craignent que le soutien à l'euthanasie active ou volontaire ne porte préjudice à la recherche de soins palliatifs de meilleure qualité et plus efficaces. Ils font valoir que les soins fournis dans les hospices aux malades en phase terminale, qui augmentent considérablement la qualité des dernières étapes de la vie, pourraient être sacrifiés en faveur d'une politique d'euthanasie active. Pour appuyer cet argument, ils font ressortir qu'en Angleterre, où n'existe aucune loi en faveur de l'euthanasie, il y a un réseau bien développé d'hospices et des soins palliatifs de qualité supérieure, alors qu'aux Pays-Bas, où se pratique l'euthanasie active, les soins palliatifs sont pour ainsi dire inexistants.

C. Le droit canadien

1. Le *Code criminel*

Un certain nombre de dispositions du Code criminel ont une incidence sur l'euthanasie et l'interruption de traitement.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

L'article 14 du Code prévoit que:

> Nul n'a le droit de consentir à ce que la mort lui soit infligée, et un tel consentement n'atteint pas la responsabilité pénale d'une personne par qui la mort peut être infligée à celui qui a donné ce consentement.

Dans le contexte médical, un médecin qui, à la demande d'un patient, injecterait à celui-ci une substance délétère serait criminellement responsable du décès du patient.

L'article 45 a une incidence sur le droit de refuser un traitement. Il stipule que:

> Toute personne est à l'abri de responsabilité pénale lorsqu'elle pratique sur une autre, pour le bien de cette dernière, une opération chirurgicale si, à la fois:
>
> a) l'opération est pratiquée avec des soins et une habileté raisonnables;
>
> b) il est raisonnable de pratiquer l'opération, étant donné l'état de santé de la personne au moment de l'opération et toutes les autres circonstances de l'espèce.

Une fois qu'il a commencé le traitement médical, le médecin est tenu de pratiquer la thérapie, dont l'interruption pourrait provoquer la mort, avec des soins, une habileté et des connaissances raisonnables. Cette obligation est clairement énoncée à l'article 217 du *Code criminel*, qui stipule que:

> Quiconque entreprend d'accomplir un acte est légalement tenu de l'accomplir si une omission de le faire met ou peut mettre la vie humaine en danger.

Le Code prévoit aussi pour ceux qui ont des personnes à leur charge un devoir légal de fournir à ces dernières les choses nécessaires à l'existence, y compris les soins médicaux. L'article 215 prévoit que:

> Toute personne est légalement tenue: [...]
>
> c) de fournir les choses nécessaires à l'existence d'une personne à sa charge, si cette personne est incapable, à la fois:

RECYCLED RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

> (i) par suite de détention, d'âge, de maladie, d'aliénation mentale ou pour une autre cause, de se soustraire à cette charge,
> (ii) de pourvoir aux choses nécessaires à sa propre existence.
>
> (2) Commet une infraction quiconque, ayant une obligation légale au sens du paragraphe (1), omet, sans excuse légitime, dont la preuve lui incombe, de remplir cette obligation, si: [...]
>
> b) à l'égard d'une obligation imposée par l'alinéa (1)c), l'omission de remplir l'obligation met en danger la vie de la personne envers laquelle cette obligation doit être remplie, ou cause, ou est de nature à causer, un tort permanent à la santé de cette personne.

L'article 216 du Code impose aussi à quiconque administre un traitement médical le devoir d'apporter une connaissance, une habileté et des soins raisonnables. Est coupable de négligence criminelle en vertu du Code quiconque montre une insouciance déréglée ou téméraire à l'égard de la vie ou de la sécurité d'autrui en faisant quelque chose ou en omettant de faire quelque chose qu'il est de son devoir d'accomplir.

Afin de déterminer la responsabilité criminelle de l'euthanasie involontaire, la distinction entre l'euthanasie active et passive est sans importance, étant donné que l'euthanasie involontaire consiste à enlever la vie à quelqu'un contrairement à sa volonté ou sans son consentement. Au Canada, l'euthanasie involontaire est un homicide assujetti à la responsabilité criminelle.

Dans le cas de l'euthanasie volontaire, toutefois, la distinction entre l'euthanasie active et passive est cruciale pour déterminer la responsabilité criminelle. L'euthanasie volontaire active est clairement un acte criminel; peu importe que la personne ait consenti ou non à sa propre mort, la personne qui à causé cette mort est criminellement responsable. De plus, conseiller le suicide ou y contribuer constitue une infraction, même si le suicide en soi n'est plus une infraction. Il n'est pas clair cependant si l'euthanasie volontaire passive est un acte criminel. Une interprétation rigoureuse de certaines dispositions du *Code criminel* semble indiquer qu'interrompre un traitement

RECYCLED RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

médical donné à un malade en phase terminale ou ne pas entreprendre un tel traitement pourrait constituer un acte criminel.

2. Le droit de refuser un traitement médical

La *common law* reconnaît à un adulte capable le droit de refuser un traitement médical. Le droit à l'autodétermination n'est toutefois pas sacré. En effet, l'intérêt qu'a l'État de préserver la vie, de protéger les tiers innocents, de prévenir le suicide et de maintenir l'intégrité morale de la profession médicale peut l'emporter sur ce droit.

Dans une décision rendue en 1990, la Cour d'appel de l'Ontario a statué que les instructions relatives aux transfusions de sang, données lorsqu'un malade est capable, doivent être suivies lorsque ce malade devient incapable de prendre des décisions. La Cour a décidé que le médecin doit observer les instructions écrites d'un témoin de Jéhovah refusant toute transfusion, même en cas d'urgence, lorsque le malade est incapable de donner son consentement. Elle a toutefois souligné que cette décision ne s'appliquait qu'à l'affaire dont elle avait été saisie et non en cas de maladies en phase terminale ou incurables lorsque le malade cherche à rejeter un traitement médical au moyen d'un testament euthanasique ou de directives médicales préalables ni aux situations où la famille d'une personne qui se trouve dans un état végétatif persistant souhaite faire cesser le traitement médical.

Dans la décision rendue en janvier 1992 dans l'affaire *Nancy B.*, la Cour supérieure du Québec a tranché qu'une patiente adulte capable, atteinte d'une maladie incurable et clouée au lit pour la vie avait le droit de demander à son médecin de débrancher le respirateur qui la maintenait en vie. Dans sa décision, le juge Dufour a cité les articles du *Code civil du Québec* prévoyant que l'être humain est inviolable et que personne ne peut l'obliger à recevoir un traitement sans son consentement.

Cette affaire portait également sur la responsabilité criminelle du médecin qui, à la demande de Nancy B., devrait débrancher le respirateur. Après avoir évoqué les articles 216, 217, 45 et 219 du *Code criminel*, ainsi que les dispositions relatives à l'homicide, le juge a conclu que le médecin ne montrerait pas une insouciance déréglée ou téméraire s'il débranchait le respirateur à la demande de la patiente et

RECYCLED RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

laissait la maladie suivre son cours naturel. Il a également statué que le médecin n'aiderait pas la patiente à se suicider et ne commettrait pas un homicide, étant donné que la mort de Nancy B. résulterait de la maladie.

3. Le Rapport de la Commission de réforme du droit du Canada

En 1983, la Commission de réforme du droit du Canada a publié son rapport intitulé *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*, pour donner suite à un document de travail sur ces questions publié l'année précédente.

La Commission a indiqué qu'un vaste consensus se dégageait au Canada à propos des trois principes fondamentaux que reflète la loi. Le premier, c'est que la protection de la vie humaine est une valeur fondamentale. Le deuxième, c'est qu'un malade a droit à l'autonomie et à l'autodétermination à propos de ses soins médicaux. Le troisième, c'est que la vie humaine doit être envisagée dans une perspective à la fois quantitative et qualitative.

Dans son Document de travail et son Rapport, la Commission a cherché à répondre à trois questions: Faut-il légaliser ou du moins décriminaliser l'euthanasie active?; Faut-il décriminaliser l'aide au suicide?; et Faut-il réviser certaines dispositions du *Code criminel* afin de préciser les limites de la légalité de l'interruption et du refus du traitement médical?

a. L'euthanasie active et l'aide au suicide

La Commission de la réforme du droit du Canada a appuyé le droit du malade à l'autodétermination et a rejeté la conception strictement vitaliste de la protection absolue de la vie humaine. Elle ne s'est toutefois pas déclarée en faveur de la légalisation de l'euthanasie active ni de l'aide au suicide. Après avoir examiné les nombreux arguments en faveur de l'euthanasie volontaire active, notamment ceux qui recommandaient l'euthanasie pour les malades incurables ou en phase terminale, la Commission a conclu que la légalisation de l'euthanasie comporterait trop de risques. Certains des problèmes relevés comprenaient l'hypothèse d'un diagnostic erroné, la possibilité de la découverte d'un nouveau traitement permettant la guérison et la possibilité d'abus. La Commission a souligné

RECYCLED PAPER

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

qu'il existait un danger réel que la procédure mise au point pour permettre de tuer ceux qui se sentent un fardeau pour eux-mêmes ne serve éventuellement à éliminer ceux qui sont un fardeau pour les autres ou pour la société. La Commission a dit craindre également que le consentement à l'euthanasie ne soit pas vraiment un acte parfaitement libre et délibéré.

b. L'interruption de traitement et le refus de traitement

Les propositions de la Commission de la réforme du droit du Canada au chapitre de l'interruption et du refus de traitement s'appuient sur le principe qu'une personne capable doit être le maître absolu des décisions relatives aux soins médicaux. Ce principe a pour corollaire important que les médecins ne doivent pas encourir de responsabilité criminelle du fait qu'ils respectent la volonté du malade d'interrompre ou de ne pas entreprendre un traitement médical.

La Commission a donc recommandé que la loi, de façon formelle et claire, reconnaisse à la personne capable le droit absolu de refuser un traitement médical ou d'exiger son interruption. Ce faisant, la Commission a souligné qu'une telle proposition ne signifie pas pour autant la légalisation de l'euthanasie. Elle a estimé qu'infliger la mort par un acte positif et cesser de donner un traitement à un malade qui le demande sont fondamentalement différents.

La Commission a également abordé la difficile question du refus ou de l'interruption d'un traitement à l'égard des personnes incapables -- soit tout être humain qui, par la suite d'un défaut d'âge, d'un état d'inconscience temporaire ou permanente, ou d'un handicap, est dans l'impossibilité de manifester sa volonté et de prendre une décision éclairée et perd donc ainsi sa faculté de choisir. Elle a fait remarquer que l'incapacité d'un individu ne doit pas servir de prétexte pour lui nier les droits reconnus à la personne capable en matière de traitement médical.

Après avoir analysé les questions en profondeur, la Commission en est arrivée à la conclusion que ni l'euthanasie active ni l'aide au suicide ne devraient être légalisées et elle a recommandé le maintien de la loi actuelle dans ces deux domaines. En ce qui concerne les soins palliatifs, elle a recommandé que des modifications soient apportées pour protéger de la responsabilité criminelle un médecin qui a donné des

RECYCLED RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

soins palliatifs ayant eu pour effet de raccourcir l'espérance de vie du malade. La Commission a également recommandé que le *Code criminel* soit modifié pour supprimer l'ambiguïté que créent certaines dispositions actuelles qui semblent obliger de façon absolue le médecin à poursuivre un traitement déjà commencé.

À la suite de la publication de son rapport sur l'euthanasie, la Commission a recommandé que l'on ajoute dans la Partie générale du *Code criminel* une disposition stipulant qu'aucun médecin n'est obligé de poursuivre un traitement médicalement inutile ou pour lequel le consentement est expressément refusé ou retiré. Toutefois, elle n'a pas défini ce qu'elle entendait par un "traitement médicalement inutile" ou encore par consentement.

D. Le droit américain

Aux États-Unis, l'euthanasie involontaire active et passive est illégale, mais ce ne sont pas toutes les formes d'euthanasie volontaire qui constituent des actes criminels. La plupart des États américains permettent l'euthanasie volontaire passive grâce à des lois qui reconnaissent le droit d'une personne de signer un testament euthanasique afin de demander qu'on interrompe ou qu'on n'entreprenne pas un traitement médical dans certaines circonstances. L'euthanasie volontaire active, par contre, est considérée comme un meurtre, même lorsqu'elle est exécutée à la demande du malade.

Aux États-Unis, le droit de refuser un traitement ou de demander l'interruption d'un traitement est reconnu pour les motifs suivants: le droit en *common law* à l'autodétermination concernant son corps et les droits constitutionnels à la liberté de religion, à la vie privée et à la liberté. Tout comme au Canada, le droit de renoncer à un traitement essentiel au maintien de la vie doit habituellement être soupesé par rapport aux intérêts opposés de l'État à l'égard de la préservation de la vie humaine, de la prévention du suicide, de la protection des tiers innocents et du maintien de l'intégrité morale de la profession médicale.

Le droit de contrôler ce qu'on fait de son corps, qui a été reconnu par les tribunaux américains, inclut à la fois le principe du

RECYCLED RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHEQUE DU PARLEMENT

consentement informé au traitement médical et le droit de refuser ce traitement. Dans sa décision rendue en 1990 dans l'affaire *Cruzan* c. *Director, Missouri Department of Health,* la Cour suprême des États-Unis a supposé que la Constitution américaine conférerait à une personne capable le droit, protégé par la Constitution, de refuser toute nourriture et boisson visant à la maintenir en vie.

Le traitement médical peut aussi être refusé pour des motifs religieux. Le droit des témoins de Jéhovah de refuser une transfusion de sang pour des motifs religieux a été confirmé, sauf lorsque l'exercice de ce droit présente un danger pour la santé, le bien-être ou la moralité publics.

Le droit à la vie privée est devenu un autre motif de refus d'un traitement médical. Dans l'affaire *Bouvia* c. *Superior Court* (1986), la Cour d'appel de la Californie a reconnu le droit de refuser un traitement médical dans le cadre du droit à la vie privée. Elle a donc ordonné qu'un tube d'alimentation soit retiré d'un quadriplégique capable atteint de paralysie cérébrale. Une décision semblable rendue par un tribunal du New Jersey en 1987 a affirmé le droit d'un malade de 37 ans capable mais en phase terminale qui vivait à la maison d'être débranché d'un respirateur. Dans cette affaire, le tribunal a établi la marche à suivre par les personnes capables qui veulent obtenir l'interruption d'un traitement médical: 1) le malade doit démontrer qu'il est capable et informé du pronostic, des autres traitements possibles et des risques que comporte l'interruption du traitement (deux médecins autres que le médecin traitant doivent participer à cette première étape); 2) la décision du malade d'interrompre le traitement doit être délibérée et non imposée de manière coercitive; et 3) le tribunal doit déterminer que le voeu du malade de mettre fin au traitement l'emporte sur l'intérêt de l'État de préserver la vie, de prévenir le suicide, de sauvegarder l'intégrité de la profession médicale et de protéger les tiers innocents.

La décision de la Cour suprême du Jersey dans l'affaire *Karen Quinlan* en 1976 a marqué un point tournant et a attiré l'attention sur l'interruption d'un traitement à l'égard des personnes incapables. Dans cette affaire, la Cour a tranché que Karen Quinlan avait le droit de

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

refuser un traitement médical à cause de son droit à la vie privée protégé par la Constitution. Vu que son incapacité l'empêchait d'exercer son droit de refuser un traitement, la Cour a décidé que ses parents pouvaient l'exercer à sa place.

Depuis la décision *Quinlan*, les tribunaux américains ont continué de se pencher sur l'interruption ou le refus d'un traitement médical à l'égard des personnes incapables en phase terminale ou dans un état végétatif persistant. La plupart des tribunaux ont statué que les membres de la famille ou les autres personnes nommées légalement ont le droit de prendre des décisions médicales au nom de la personne incapable. À cet égard, les tribunaux ont élaboré deux normes générales, soit la norme du "jugement substitué" et le critère des "meilleurs intérêts".

Le "jugement substitué" fait appel à des critères subjectifs pour tenter de déterminer quelle aurait été la décision de la personne incapable si cette personne avait pu prendre cette décision. Le tribunal prend en considération toute opinion au sujet de l'interruption d'un traitement essentiel au maintien de la vie que la personne aurait pu exprimer avant de devenir incapable. Dans certains États, les tribunaux exigent des preuves "claires et convaincantes" de la décision antérieure de la personne incapable de renoncer à un tel traitement. Certains tribunaux ont adopté des exigences plus souples en matière de preuve et accepté les opinions occasionnelles et distantes exprimées par la personne incapable; d'autres encore ont tenu compte des convictions religieuses antérieures de la personne incapable, de ses choix de vie et des opinions de la famille et des amis au sujet du type de traitement que le malade aurait choisi.

Le critère des "meilleurs intérêts" comprend l'examen des bienfaits et du prix de la poursuite du traitement. Parmi les facteurs pris en considération, notons l'état actuel de la personne, la gravité de la douleur, le pronostic et les risques, les effets secondaires et les bienfaits de diverses formes de traitement. Dans certaines situations, la qualité de la vie et les intérêts de la famille du malade sont également pris en considération.

Les tribunaux de certains États ont élaboré une méthode d'analyse qui inclut des aspects des deux normes décrites ci-dessus. Au

RECYCLED RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

New Jersey, par exemple, les tribunaux font appel à un critère comportant plusieurs éléments pour déterminer si le traitement administré à une personne incapable devrait être interrompu. D'abord, un critère subjectif sert à déterminer s'il existe des preuves claires et convaincantes que le malade aurait refusé le traitement s'il avait été capable. Si ce critère subjectif ne peut être satisfait, on a recours à celui des meilleurs intérêts, qui comporte deux éléments -- une norme objective limitée et une norme entièrement objective. La première est satisfaite lorsqu'il existe des preuves dignes de confiance que la personne incapable aurait mis fin au traitement ou refusé le traitement et lorsque le prix de la prolongation de la vie l'emporte sur les bienfaits du maintien en vie. La deuxième norme est employée lorsqu'il n'y a de preuves relatives à ce que la personne aurait souhaité, mais que le prix du maintien en vie compense largement les bienfaits et que la poursuite du traitement serait inhumaine à cause des douleurs aiguës inévitablement infligées au malade.

L'important soutien public aux États-Unis à l'égard d'une autodétermination accrue en matière de soins médicaux et du "droit de mourir dans la dignité" a entraîné l'adoption de lois d'État visant à faciliter l'application du droit de refuser un traitement médical. Appelées "lois sur la mort naturelle" ou "lois sur les testaments euthanasiques", ces lois permettent de donner à l'avance aux médecins des directives précisant le type de soins qu'on aimerait obtenir en cas de maladie en phase terminale ou d'incapacité; ces lois protègent les professionnels de la santé de toute responsabilité criminelle et de toute poursuite pour faute professionnelle lorsqu'ils suivent les instructions stipulées dans ces directives.

Dans presque tous les cas, le malade doit être en phase terminale et, bien souvent, la mort doit être imminente, afin que les dispositions d'un testament euthanasique puissent s'appliquer. Certaines lois exigent que l'état du malade soit tel qu'administrer le traitement médical que le malade demande à interrompre ou à ne pas entreprendre ne réussirait qu'à reporter le décès. De nombreuses lois interdisent d'interrompre l'alimentation, l'hydratation ou les soins palliatifs ou destinés à soulager la douleur et presque toutes les lois exigent que

RECYCLED RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

plusieurs médecins attestent que le malade est en phase terminale. La plupart des lois exigent qu'un médecin qui ne souhaite pas suivre les instructions du patient transfère le patient à un médecin qui acceptera de le faire.

Un autre mécanisme, la procuration permanente pour soins de santé, est accepté de plus en plus comme moyen de contribuer à l'autodétermination dans le domaine des soins médicaux. Par ce mécanisme, une personne capable peut en autoriser une autre à prendre des décisions médicales en son nom, en cas d'incapacité à l'avenir.

En 1990, le Congrès américain a adopté la *Patient Self-Determination Act,* qui oblige les fournisseurs de soins (hôpitaux, foyers de soins de santé, hospices, etc.) désireux de participer aux programmes d'assurance-maladie (Medicare et Medicaid) de renseigner les malades sur leur droit de donner des directives médicales préalables et de les renseigner sur les politiques concernant le respect des volontés du malade.

Le fournisseur de soins doit noter sur le dossier du malade si ce dernier a donné une directive préalable. Il ne peut refuser de traiter un malade qui aurait signé une telle directive. Il doit observer les lois de l'État concernant les directives préalables. Les médecins que la loi d'État dispense de l'application des directives préalables pour des raisons de conscience ne sont pas régis par la disposition de mise en oeuvre de la loi.

Jusqu'ici, il n'existe aucune loi canadienne sur les directives médicales préalables et les testaments euthanasiques. La Nouvelle-Écosse permet à un adulte capable d'autoriser un autre adulte à consentir à un traitement médical en son nom, en cas d'incapacité future. Le Québec permet aussi une certaine forme de prise de décision substituée relative aux traitements médicaux.

Dans quelques États américains, les partisans du mouvement en faveur d'une "mort dans la dignité" ont cherché à élargir la portée des lois sur les testaments euthanasiques afin de permettre aux médecins d'aider les malades à mourir. En novembre 1991, les électeurs de l'État de Washington ont refusé l'"Initiative 119", qui aurait permis à un malade

RECYCLED · RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHEQUE DU PARLEMENT

capable de demander volontairement à un médecin de l'aider à mourir "dans la dignité, sans douleur et humainement". Un médecin aurait été protégé de toute responsabilité criminelle et de toute poursuite pour faute professionnelle lorsqu'il aurait aidé à mourir un malade dont la maladie en phase terminale aurait été diagnostiquée et attestée par écrit par deux médecins. La phase terminale aurait été définie comme un état incurable ou irréversible qui entraînerait la mort dans un délai de six mois, un coma irréversible ou encore un état végétatif persistant dont le malade n'avait aucune chance raisonnable de se sortir. Un projet semblable devrait être soumis à l'électorat californien en 1992.

Après le rejet de l'Initiative 119, l'État de Washington a apporté des modifications à la *Natural Death Act*, lesquelles entreront en vigueur en juin 1992. Dorénavant, les personnes qui se trouvent dans un état incurable ou irréversible auront le pouvoir de prendre des décisions au sujet du traitement qui leur est administré au moyen de "directives sur les soins de santé". En outre, seront protégés de toute responsabilité les médecins et les fournisseurs de soins qui agissent conformément à la directive et aux dispositions de la Loi. Il est à noter que les modifications ne permettent pas l'euthanasie ou n'autorisent pas un médecin à aider un malade à mourir.

L'Association du Barreau américain, opposée à l'aide au suicide, a rejeté une résolution visant à entériner les lois qui autoriseraient les médecins à aider les patients en phase terminale à mourir.

E. L'euthanasie aux Pays-Bas

Aux Pays-Bas, le terme "euthanasie" a un sens très clair et n'est habituellement pas qualifié par des adjectifs comme "active", "passive", "volontaire" ou "involontaire". L'euthanasie désigne l'action par laquelle un médecin agissant au nom d'un malade et conformément à des instructions très strictes met fin délibérément à la vie du malade. Elle est interdite par le code pénal hollandais, qui stipule que quiconque inflige la mort à une autre personne à la demande explicite de cette

RECYCLED RECYCLE

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

personne commet un acte criminel passible d'une peine maximale de douze ans d'emprisonnement.

Bien qu'elle soit un acte criminel, l'euthanasie est toutefois pratiquée aux Pays-Bas et ne fait pas l'objet de poursuites tant que certaines directives sont suivies. Ces directives ont été élaborées au fil des verdicts de non-responsabilité criminelle rendus par les tribunaux lorsque des accusations d'euthanasie ont été portées contre des médecins. En vertu de ces directives, il faut remplir toutes les conditions suivantes:

- le malade doit exprimer explicitement et de manière répétée son désir de mourir;
- la décision du malade doit être bien informée, libre et durable;
- le malade doit éprouver des douleurs physiques ou mentales aiguës sans perspective d'un soulagement (mais n'a pas besoin d'être en phase terminale);
- toutes les autres solutions possibles ont été épuisées (de sorte que l'euthanasie est un dernier recours) ou le malade doit avoir refusé les autres solutions possibles;
- l'euthanasie doit être exécutée par un médecin qualifié;
- le médecin doit consulter au moins un autre médecin (et peut aussi consulter d'autres professionnels de la santé); et
- le médecin doit informer le coroner local que l'euthanasie a été administrée.

Jusqu'à récemment, il n'existait pas d'estimations fiables de l'ampleur de l'euthanasie aux Pays-Bas. En septembre 1991, la Commission Remmelink (une commission du gouvernement néerlandais chargée de faire enquête sur l'euthanasie et d'autres décisions médicales relatives à la fin de la vie) a indiqué que ses études scientifiques avaient révélé environ 2 300 euthanasies l'année précédente aux Pays-Bas, ce qui représente 1,8 p. 100 des décès de l'année en question. Il y a eu beaucoup plus de demandes d'euthanasie (environ 9 000) que d'euthanasies proprement dites (environ 2 300). De plus, la plupart des malades qui ont demandé l'euthanasie (environ 70 p. 100) étaient des cancéreux en phase terminale.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

La protection de la responsabilité criminelle lorsque les médecins suivent les directives prévues par la loi et administrent l'euthanasie à la demande du malade n'a pas encore pris effet. Les efforts législatifs en vue de décriminaliser l'euthanasie aux Pays-Bas ont toujours échoué jusqu'ici. Par conséquent, la décision d'intenter des poursuites dans un cas en particulier et de condamner un médecin revient encore aux avocats et aux juges néerlandais.

F. Les organisations qui s'intéressent à l'euthanasie et à l'interruption de traitement

Les groupes qui appuient le droit de mourir et le droit de déterminer les circonstances et le moment du décès ont augmenté en nombre et en vigueur ces derniers temps. Beaucoup de groupes dont il est question ci-dessous sont également membres de la Fédération mondiale des associations pour le droit de mourir dans la dignité, organisme-cadre dont le siège se trouve à Londres, en Angleterre.

1. La Hemlock Society

Le groupe probablement le plus connu est l'American Hemlock Society, fondée par Derek Humphry et sa femme, Ann Wickett. Humphry est affilié depuis longtemps au groupe britannique connu maintenant sous le nom de Voluntary Euthanasia Society mais qui s'appelait autrefois EXIT. Il est également l'auteur d' *Exit final*, paru en 1991.

Fondée à Los Angeles, la Hemlock Society compte environ 38 000 membres après une dizaine d'années d'existence. Sa devise "Bonne vie, bonne mort" témoigne de son intérêt pour le droit du malade en phase terminale de choisir l'euthanasie volontaire. Les 70 sections locales qui existent actuellement aux États-Unis publient des bulletins d'information et des livres et produisent des vidéos pédagogiques. La Société vise expressément à "sensibiliser les gens au droit des malades en phase terminale de choisir de mourir comme ils l'entendent". Elle fournit également des formulaires de testament euthanasique accompagné d'une procuration permanente pour soins médicaux.

La publication d' *Exit final* a soulevé une grande controverse au Canada et aux États-Unis. Cette controverse est liée en

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

grande partie au fait que le livre expose en détail les avantages et les inconvénients de diverses façons de mourir, y compris l'inanition, l'intoxication par le cyanure, la suffocation et la consommation de certains médicaments. Depuis sa publication, cet ouvrage est un succès de librairie.

2. La Right to Die Society of Canada

Le pendant canadien de la Hemlock Society est la Right to Die Society of Canada, fondée à la fin de septembre 1991. L'organisation estime qu'elle comptera près de 8 000 membres après sa première année. Elle publiera un bulletin six fois par année et elle réalise mensuellement une émission de télévision intitulée "Last Rights", diffusée par presque tous les réseaux canadiens de câblodistribution. Elle vise à "transformer l'opinion publique en action politique" et elle s'est dotée d'une longue et ambitieuse liste d'engagements, notamment la publication de bulletins d'information, le soutien aux travaux de recherche et de développement de médicaments sûrs et sans douleur pour l'euthanasie et des études en vue d'élaborer de meilleures "directives préalables" telles que les testaments euthanasiques et les procurations permanentes, en tenant compte des nouvelles découvertes médicales. En 1991, l'Association médicale canadienne a affirmé le droit des malades ou de leurs représentants de choisir, par des directives préalables, de refuser toute forme de traitement médical.

La Right to Die Society of Canada appuie l'euthanasie active, l'aide au suicide et l'interruption du traitement médical. Pour démontrer le désir des Canadiens de se doter d'une législation plus claire et de meilleure qualité dans ce domaine, cette société cite les résultats du sondage Gallup le plus récent selon lesquels 78 p. 100 de la population canadienne serait d'accord pour que la loi permette aux médecins "de mettre fin à la vie du malade par meurtre par compassion si le malade en a fait la demande par écrit".

3. Mourir dans la dignité

Mourir dans la dignité est une association canadienne fondée en 1980 pour s'occuper des questions auxquelles font face les personnes à

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

l'agonie. On estime qu'elle compte près de 6 500 membres. Dans l'ensemble, Mourir dans la dignité appuie l'euthanasie passive, plutôt que l'euthanasie active ou volontaire. Cette organisation a surtout concentré son attention sur la question des directives préalables et sur les mécanismes qui peuvent faciliter les soins médicaux aux volontés du malade. Elle a consacré une grande partie de son énergie aux testaments euthanasiques et aux procurations permanentes pour soins médicaux. Elle souhaite également que la société accepte de plus en plus l'idée que, dans certaines situations précises, on puisse aider les gens à "mourir doucement, grâce à l'interruption d'un traitement médical ou à une aide médicale".

4. Fondation responsable jusqu'à la fin

Cette fondation n'appuie pas l'euthanasie et ne fait pas de campagne en sa faveur. Créée en 1986, elle met l'accent sur l'éducation et la sensibilisation des malades et des professionnels de la santé à la "responsabilité de la fin de la vie et au respect des volontés énoncées en toute connaissance de cause et en toute liberté et ce, qu'elles aillent dans le sens du maintien de la vie ou de la cessation du traitement".

MESURES PARLEMENTAIRES

Jusqu'en 1991, quand des projets de loi d'initiative parlementaire sur la question ont été déposés à la Chambre des communes, l'euthanasie n'avait été évoquée qu'occasionnellement dans les débats à la Chambre. En peu de temps, deux projets de loi ont été déposés à la Chambre des communes. D'abord le projet de loi C-203, déposé par Robert Wenman (Fraser Valley West) le 16 mai 1991, puis le projet de loi C-261, déposé par Chris Axworthy (Saskatoon - Clark's Crossing) le 19 juin 1991. (M. Wenman avait déposé en mars 1991 le projet de loi C-351 qui était mort au Feuilleton à la fin de la session parlementaire.) Le projet de loi de M. Axworthy incluait la plupart des dispositions prévues dans le projet de loi de M. Wenman au sujet de l'"euthanasie passive" mais il aurait élargi leur portée pour permettre l'"euthanasie active".

RECYCLED RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Le projet de loi de M. Wenman, Loi modifiant le *Code criminel* (personnes en phase terminale), visait à protéger les médecins de la responsabilité criminelle dans trois situations: premièrement, lorsque le médecin ne commence pas ou ne continue pas à administrer un traitement médical à la demande du malade en phase terminale; deuxièmement, lorsque le médecin ne commence pas ou ne continue pas à administrer un traitement médical à un malade en phase terminale parce que le traitement est médicalement inutile et n'est pas dans l'intérêt véritable du malade; et troisièmement, lorsque, pour soulager la douleur du malade, le médecin administre des soins palliatifs comme des médicaments pour soulager la douleur et susceptibles d'avoir comme effet secondaire de hâter la mort du malade. En résumé, le projet de loi visait à protéger les médecins qui administrent un traitement correct et conforme au code de déontologie à leurs patients en phase terminale mais qui, ce faisant, risquent d'enfreindre certaines dispositions du *Code criminel*.

Le projet de loi de M. Wenman n'aurait permis l'euthanasie active en aucun cas. Il aurait toutefois permis l'euthanasie passive, puisqu'un médecin n'aurait pas été tenu criminellement responsable de l'abandon d'un traitement essentiel au maintien de la vie -- en débranchant un respirateur, par exemple -- à la demande d'un malade en phase terminale.

Le projet de loi de M. Axworthy, par contre, n'établissait aucune distinction morale entre l'euthanasie passive -- en permettant à des personnes de mourir en interrompant ou en n'entreprenant pas un traitement -- et l'euthanasie active -- notamment en administrant un dose mortelle d'un médicament. Ce projet de loi allait plus loin que celui de M. Wenman en incluant les mêmes dispositions disculpatrices mais en en ajoutant d'autres qui auraient légalisé l'euthanasie active dans certaines conditions. Le projet de loi proposait qu'une personne souffrant d'une affection irrémédiable puisse demander à un arbitre de lui délivrer un "certificat euthanastique" afin d'autoriser l'euthanasie.

Les deux projets de loi ont fait l'objet de débats lors de la deuxième lecture à la Chambre des communes. Celui de M. Wenman -- moins controversé -- a été renvoyé à un comité législatif pour examen. Même les députés qui ont exprimé des réserves à l'égard de ce projet de loi au cours

RECYCLED RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

des débats étaient néanmoins d'accord pour qu'il soit renvoyé à un comité, étant donné qu'ils reconnaissaient la nécessité que la question soulevée soit examinée. Le projet de loi de M. Axworthy, par contre, a inspiré de vives critiques pendant le débat en deuxième lecture et a été retiré du Feuilleton.

Après quelques semaines d'audiences en comité, le projet de loi de M. Wenman, comme celui de M. Axworthy, a connu un triste sort. Après avoir terminé ses audiences et sans envisager quelque amendement que ce soit, le comité législatif chargé d'examiner ce projet de loi a décidé à huis clos d'ajourner *sine die*. Autrement dit, en ajournant sans fixer la date d'une réunion future, le comité a relégué le projet de loi aux calendes grecques.

CHRONOLOGIE

1973 - Pour la première fois aux Pays-Bas, un médecin est poursuivi pour avoir administré une euthanasie active. Le médecin est reconnu coupable mais sa sentence est suspendue.

novembre 1983 - Le gouvernement de l'Alberta cherche à faire extrader d'Israël le Dr Nachum Gal, un pédiatre ayant travaillé à l'hôpital de l'Université de l'Alberta qui est accusé de meurtre au premier degré par suite du décès en 1982 d'un bébé né à l'hôpital avec de graves lésions au cerveau.

1983 - La Commission de réforme du droit du Canada recommande que l'euthanasie volontaire active ne soit ni légalisée ni décriminalisée. Elle recommande également que l'aide au suicide rendue à un malade en phase terminale ne soit pas décriminalisé.

juin 1987 - La Commission de réforme du droit du Canada publie ses propositions de modification du *Code criminel*. Ces propositions comprennent la recommandation que l'euthanasie soit considérée comme un meurtre au deuxième degré ("meurtre ordinaire") plutôt que comme d'un meurtre au premier degré ("meurtre prémédité"). Le meurtre au deuxième degré n'entraînerait aucune peine d'emprisonnement fixe ou minimale.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

4 juin 1990 - Dans une entrevue accordée à la Presse canadienne, David Lewis, psychologue de Vancouver, admet publiquement avoir aidé personnellement huit sidéens à se suicider.

27 mars 1991 - Le projet de loi d'initiative parlementaire C-351, Loi modifiant le *Code criminel* (personnes en phase terminale), est lu pour la première fois à la Chambre des communes. Il reste en plan avec la fin de la session parlementaire.

16 mai 1991 - Le projet de loi d'initiative parlementaire C-203, Loi modifiant le *Code criminel* (personnes en phase terminale), est lu pour la première fois à la Chambre des communes.

19 juin 1991 - Le projet de loi d'initiative parlementaire C-261, Loi légalisant dans certaines conditions l'administration de l'euthanasie, est lu pour la première fois à la Chambre des communes.

10 septembre 1991 - Aux Pays-Bas, la Commission Remmelink publie les résultats de la première étude exhaustive sur les pratiques euthanastiques néerlandaises.

24 septembre 1991 - Le projet de loi C-203, Loi modifiant le *Code criminel* (personnes en phase terminale), est lu pour la deuxième fois et renvoyé au Comité législatif H. Le comité entreprend ses audiences sur le projet de loi le 29 octobre 1991.

24 octobre 1991 - Le projet de loi C-261, Loi légalisant l'administration de l'euthanasie, est débattu en deuxième lecture et retiré du Feuilleton.

novembre 1991 - La Commission royale sur les soins et les coûts de santé de la Colombie-Britannique recommande que l'aide au suicide soit décriminalisée lorsque le malade en phase terminale choisit d'exercer son droit de se suicider et demande l'aide d'un professionnel de la santé. Elle recommande également de modifier le *Code criminel* afin qu'il stipule clairement que les soins palliatifs administrés correctement ne sont pas un acte criminel, même s'ils hâtent le décès.

5 novembre 1991 - Les électeurs de l'État de Washington rejettent par une faible majorité l'Initiative législative 119, visant à modifier les lois de l'État pour que les médecins puissent aider les malades en phase

RECYCLED RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

terminale à mourir lorsque ces derniers le demandent.

21 novembre 1991 - Le Collège des médecins de la Colombie-Britannique ordonne que les soins palliatifs administrés par un de ses membres, le Dr Peter Graff, soient surveillés à l'avenir, par suite d'une enquête du coroner et de la propre enquête du Collège sur le décès de deux patients âgés du Dr Graff. Le Conseil du Collège déclare que les médecins et le public devraient clairement comprendre qu'il n'appuie pas l'euthanasie active.

23 novembre 1991 - Scott Mataya, infirmière de Toronto, est accusée de meurtre au premier degré pour le meurtre par compassion d'un patient en phase terminale de l'hôpital Wellesley.

6 janvier 1992 - La Cour supérieure du Québec statue, dans le cas de Nancy B., une femme atteinte d'une maladie incurable, que débrancher son respirateur à sa demande et laisser la nature suivre son cours ne constituerait pas un acte criminel.

30 janvier 1992 - Un médecin ontarien est accusé de meurtre au deuxième degré relativement au décès d'un cancéreux gravement malade. Le patient serait décédé d'un arrêt cardiaque après qu'on lui aurait administré de la morphine et du chlorure de potassium.

18 février 1992 - Le Comité législatif H sur le projet de loi C-203 ajourne *sine die*.

avril 1992 - Une initiative prônant "le droit de mourir" et qui autoriserait les médecins à aider les patients en phase terminale à mettre un terme à leur vie sera mise aux voix au cours des prochaines élections fédérales qui doivent avoir lieu en Californie en novembre 1992.

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

Commission de réforme du droit du Canada. *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*, Document de travail 28, 1982.

Commission de réforme du droit du Canada. *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*, Rapport 20, 1983.

RECYCLED RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Commission de réforme du droit du Manitoba. *Discussion Paper on Advance Medical Directives and Durable Powers of Attorney for Health Care*, juillet 1990.

Horan, Dennis J. et David Mall (éd.). *Death, Dying and Euthanasia*. University Publications of America, 1977.

Humphry, Derek, *et al*. *The Right to Die: Understanding Euthanasia*. New York, Harper and Row, 1986.

Kevorkian, Jack. *Prescription Medicine: The Goodness of Planned Death*. Buffalo (New York), Prometheus Books, 1991.

Kluge, Eike-Henner. *The Ethics of Deliberate Death*. Port Washington (New York), Kennikat Press, 1981.

"Medical Technology and the Law". *Harvard Law Review*, vol. 103, n° 7, mai 1990, p. 1519-1676.

"Right to Die: Medical, Legal and Moral Issues". *Editorial Research Reports*, vol. 1, n° 36, 28 septembre 1990.

Russell, Ruth Olive. *Freedom to Die: Moral and Legal Aspects of Euthanasia*. New York, Human Science Press, 1975.

Van Der Maas Paul J. *et al*. "Euthanasia and Other Medical Decisions Concerning the End of Life". *Lancet*, vol. 338, 14 septembre 1991, p. 669-674.

de Wachter, M.A.M. "Active Euthanasia in the Netherlands". *Journal of the American Medical Association*, vol. 262, n° 23, 15 décembre 1989, p. 3316-3319.

RECYCLED RECYCLÉ